FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉES 1892-1893 N° 22

CONSIDÉRATIONS

SUR L'APPLICATION DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE

LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

ET EN PARTICULIER

DU TRAITEMENT PAR LES SCARIFICATIONS, LE CURETTAGE ET LE BROSSAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 DÉCEMBRE 1892

PAR

Emmanuel REYGONDAUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Paris (Seine), le 9 Juillet 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	BADAL.	professeur,	*Président*
	MASSE.	professeur,	*Juges*
	DENUCÉ.	agrégé,	*Juges*
	VILLAR.	agrégé,	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, Rue Permentade, 23-25

1892

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0022

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉES 1892-1893 N° 22

CONSIDÉRATIONS

SUR L'APPLICATION DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE

LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

ET EN PARTICULIER

DU TRAITEMENT PAR LES SCARIFICATIONS, LE CURETTAGE ET LE BROSSAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 DÉCEMBRE 1892

PAR

Emmanuel REYGONDAUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Paris (Seine), le 9 Juillet 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	BADAL.	professeur,	*Président*
	MASSE.	professeur,	*Juges*
	DENUCÉ.	agrégé,	*Juges*
	VILLAR.	agrégé,	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, Rue Permentade, 23-25
—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. MICÉ.....
MERGET.....
AZAM..... } Professeurs honoraires.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N...
Pathologie et Thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU, N... | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. N...	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. N...
Clin. chir. des enfants	PIÉCHAUD.	Maladies mentales	N...
Clin. des mal. syphil et cut.	N...	Accouchements	N...
Clin. des mal. des femmes.	N...	Chimie	N...
Clin. des mal. des voies urin.	N...	Physique	N...

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans » les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs » auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A Mes Cousins

AUGUSTE ET PAUL CAILLER

A MONSIEUR ET MADAME CHARLES PERRIEZ

A MADAME VEUVE RAYMOND

A Monsieur Eugène ÉTIENNE

Député d'Oran,

Vice-Président de la Chambre des Députés.

(**Faible témoignage de ma reconnaissance**).

A Monsieur SAINT-GERMAIN

Député d'Oran

A MES AMIS

A Messieurs les Docteurs MONDROT et SANDRAS

D'Oran.

A Monsieur le Docteur G. LATRILLE

Ex-Chef de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BADAL

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux

Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

C'est pendant les mois de septembre et octobre 1891, passés en Algérie, et en voyant M. le Dr Mondot, chirurgien-chef de l'hôpital civil d'Oran, expérimenter le traitement de l'ophtalmie granuleuse par le brossage, que l'idée nous vint d'étudier cette question.

Nous voulions tout d'abord ne nous occuper que de ce seul traitement; mais, dans la suite, à Oran comme à Bordeaux, dans le service de notre maître, M. le professeur Badal, nous pûmes nous convaincre que ce traitement, qui comptait des succès incontestables, n'était, cependant, ni radical, ni infaillible, et de même que tous les autres traitements de la conjonctivite granuleuse, non applicable dans tous les cas.

Dans notre thèse, après être passé rapidement sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des granulations, nous passons en revue les différents traitements de cette affection. Nous ferons notre possible dans cette étude pour bien déterminer les cas où tel ou tel de ces traitements est applicable, partant comme d'un principe de cette parole du professeur Panas : « de même qu'il n'y a pas une conjonc-» tivite granuleuse mais des conjonctivites granuleuses, il n'y aura » pas un traitement, mais des traitements des granulations ».

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier M. le Dr Mondot, chirurgien-chef de l'hôpital civil d'Oran, l'inspirateur de notre travail, pour les bons conseils dont il nous a entouré.

Nous tenons à faire part de tout notre dévouement à M. le Dr Latrille, ex-chef de clinique ophtalmologique à Bordeaux qui, pendant notre séjour dans cette ville, fut pour nous non seulement un guide bienveillant, mais un ami.

Que M. le Professeur Badal veuille bien accepter tous nos remerciements pour nous avoir facilité dans nos recherches, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I[er]

Étiologie, Anatomie pathologique.

Nous ne voulons pas nous étendre longuement sur la description de la conjonctivite granuleuse. Cette étude a été souvent faite, et cependant nous ne pouvons nous empêcher d'en dire quelques mots avant d'entrer dans le vrai sujet de notre thèse.

Les avis ont été longtemps très partagés sur la pathogénie de la conjonctivite granuleuse. Les uns ne voyaient dans la granulation qu'un résultat de l'organisation d'éléments physiologiques comme les papilles et les follicules; d'autres en ont fait une véritable néoplasie.

Les récentes recherches d'anatomie pathologique ont donné raison à cette façon de penser, tout au moins en partie. En effet, la vraie granulation trachomateuse est un véritable néoplasme, mais il faut dire que ces vraies granulations sont rarement seules, elles sont souvent alliées à des follicules et des papilles hypertrophiés que l'on regarde comme de fausses granulations.

Nous ne voulons pas ici faire le diagnostic différentiel de la vraie et de la fausse granulation, il a été fait avant nous et de main de maître. Nous ne voulons nous occuper que de la vraie granulation néoplasique.

Iwanoff dit avoir trouvé chez les granuleux de nombreuses glandes tubuleuses, mais il ne sait pas si ces glandes se présentent avant l'apparition des premières granulations ou si c'est une simple

complication. Iwanoff prétend que ce sont ces glandes tubuleuses qui sont cause de la longue durée du processus trachomateux et de ses récidives.

Cependant, cela n'expliquait pas la pathogénie de la granulation. Tout portait à croire que l'on avait affaire à une affection d'origine microbienne.

En effet, la contagiosité de la conjonctivite granuleuse est connue depuis la plus haute antiquité. Du temps des Croisades on fonda un hôpital pour les granuleux, l'hospice des Quinze-Vingts. Pendant la première République, l'armée d'Égypte est dévastée par l'ophtalmie d'Égypte qui n'est autre que la conjonctivite granuleuse. Les médecins qui suivirent l'expédition rapportent qu'en Égypte, la mouche est le principal agent d'infection des granulations. En 1834, le gouvernement belge est obligé de licencier son armée, atteinte presque en entier de conjonctivite granuleuse.

Enfin, l'influence du terrain et du milieu, sont là pour affirmer la nature contagieuse et par conséquent microbienne de la conjonctivite granuleuse.

Les premières recherches sont dues à Hirschberg qui découvre dans la sécrétion conjonctivale les *Stabchen bactérie*. La même année, en 1881, Sattler annonça au congrès d'Heidelberg qu'il avait trouvé un micrococus dans la sécrétion granuleuse et dans la granulation. D'après lui, ces microcoques sont rarement isolés; ils se groupent par trois ou quatre en triangle ou rectangle: ils exécutent des mouvements très précipités. Sattler avait cultivé ces microcoques; il en avait fait des inoculations et avait ainsi reproduit la granulation. Koch, en 1884, trouva : 1° des bacilles; 2° des éléments arrondis comme les gonocoques.

En 1886, Poncet de Cluny trouva dans la cornée et dans les cellules lymphatiques des microcoques, mais qui ne se groupent pas comme ceux de Sattler, en triangle et en rectangle.

Michel dit que c'est un diplocoque doué de mouvements de-

rotation et d'oscillation ; ce diplocoque ne liquifierait pas la gélatine.

En 1888, Petresco trouve un micrococque qui diffère de celui de Poncet en ce qu'il ne se trouve pas seulement dans les leucocytes, mais dans le tissu même de la conjonctive et de celui de Michel en ce qu'il liquifie la gélatine.

En somme, on ne sait rien de bien fixe sur la nature et la forme du microbe que l'on a appelé trachomcoccus ; toujours est-il que la granulation vraie néoplasique semble bien d'origine microbienne.

Ces granulations sont de petites tumeurs arrondies, brillantes et diaphanes. Leur évolution comprend trois périodes : une période d'incubation, une période adulte, une d'organisation. La première période est encore obscure ; on ne connaît pas les modifications de la muqueuse au contact du microbe avant l'apparition de la granulation. Pendant la période adulte la base de la granulation est formée par un stroma conjonctif qui va en diminuant vers le sommet où il ne forme plus que des travées. Les vaisseaux sont rares dans la granulation, sauf à la base. La période d'organisation est la transformation des éléments cellulaires de la granulation en tissu cicatriciel. Les cellules s'allongent, deviennent fusiformes et se disposent en faisceaux. Ce processus continue jusqu'à ce que toute la granulation soit constituée par du tissu cicatriciel.

Telles sont les lésions de cette affection oculaire si rebelle à tous les traitements, à récidives si fréquentes.

CHAPITRE II

Traitement.

Si la conjonctivite granuleuse reste toujours répandue, ce n'est certainement pas faute de traitements. On a tenté par tous les moyens possibles d'enrayer cette affection si tenace qui, au commencement du siècle, ravageait notre armée d'Egypte et obligeait le gouvernement belge à licencier son armée.

Toute la thérapeutique a été mise à contribution depuis les caustiques, les antiseptiques jusqu'aux interventions chirurgicales. Ces dernières, en faveur dans les temps anciens, firent place aux caustiques pour reparaître surtout après les récentes découvertes microbiologiques.

Tous les traitements donc ont été essayés. Pour presque tous on a constaté de très bons résultats, mais on a eu le grand tort de par trop s'enthousiasmer pour tel ou tel traitement qui donnait quelques succès, et surtout de vouloir le généraliser et l'appliquer dans tous les cas de conjonctivite granuleuse. Il en fut ainsi pour les inoculations de pus blennorrhagique, pour le traitement par le jeguirity qui eurent pour ainsi dire leurs jours de splendeur.

Il faut bien se faire une idée, que jusqu'ici on n'a pas encore trouvé le traitement radical par excellence de la conjonctivite granuleuse. Tous ceux que l'on a expérimentés jusqu'ici sont bons, mais encore faut-il savoir les appliquer à propos.

On arrivera ainsi à améliorer considérablement l'état des malades,

chez quelques-uns on pourra peut-être faire disparaître l'affection, mais il en restera toujours quelque chose. Quant à prétendre que tel ou tel traitement guérit radicalement les granulations, il ne faut pas y penser.

Tous les traitements connus sont bons, avons-nous dit, mais il faut savoir les appliquer à propos.

En effet, nous sommes complètement de l'avis de M. le Professeur Panas, qui est celui aussi de notre maître, M. le Professeur Badal, et nous pensons que :

Dans les cas aigus avec purulence les caustiques et les antiseptiques donnent les meilleurs résultats. Dans notre observation VIII nous rapportons le cas d'une malade traitée d'abord par le brossage, et chez laquelle ce traitement, loin d'être efficace, fut plutôt nuisible, on l'abandonna pour en revenir au traitement par le sulfate de cuivre.

Le traitement par les caustiques a été un des premiers institués. On a cherché par ce moyen à provoquer une inflammation nécessaire à la résorption de l'infiltration lymphoïde. Les meilleurs à notre avis sont le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent et le sous-acétate de plomb.

Il serait superflu de parler des bons effets du sulfate de cuivre dans la conjonctivite granuleuse aiguë, mais il est bon de faire remarquer que, dans les cas chroniques, il est sans action ou tout au moins ne provoque qu'une amélioration passagère. Encore faut-il que le malade ait assez de patience pour suivre ce traitement d'une façon régulière et pendant un temps quelquefois très long.

Nous en dirons autant pour le nitrate d'argent employé en solution ou sous forme de crayon.

Quant au sous-acétate de plomb, il a le grave inconvénient de former des dépôts de sels dans les replis conjonctivaux et peut amener des lésions du côté de la cornée.

Il est une chose à considérer, c'est que la conjonctive s'habitue vite à ces caustiques et leur devient même réfractaire.

Le traitement par les antiseptiques est un peu dû aux découvertes de Sattler sur la nature microbienne de la granulation.

Le naphtol β employé en solution à 1/5000 ou sous forme de pommade :

Vaseline..... 30 grammes ;
Naphtol β..... 10, 20, 30 centigrammes,

a donné de bons résultats, mais l'application en est assez difficile et surtout pénible lorsque la cornée est le siège d'ulcérations.

Le sublimé est à la fois un caustique et un antiseptique. Sattler l'a employé à la dose de 1/1000; Dujardin, à la dose de 1/250. Le sublimé est évidemment le meilleur de tous les antiseptiques, mais appliqué ainsi sous forme de gouttes, son action nous semble très limitée. Évidemment nous n'allons pas mettre en doute son action, mais encore faut-il porter cet antiseptique là même où se trouve l'agent infectieux. Aussi préférons-nous le voir allier à un traitement chirurgical que de l'employer seul.

Le massage à l'acide borique préconisé par Vignes et Costomiris, est encore, à notre avis, le meilleur traitement par les antiseptiques. L'acide borique antiseptique emprunte au massage l'action irritante et par lui se trouve porté au milieu des tissus.

En somme, dans ces cas de conjonctivite granuleuse aiguë, nous préconisons fortement les cautérisations au sulfate de cuivre ou le massage à l'acide borique. Quant aux traitements chirurgicaux, ils sont absolument à rejeter.

Avant d'en arriver au traitement de la conjonctivite granuleuse chronique, nous ne pouvons nous empêcher de dire un mot des inoculations de pus blennorrhagique et du traitement par le jeguirity.

L'inoculation de pus blennorrhagique compte certainement quelques succès, mais aussi que de désastres. Son influence est en effet des plus néfastes sur la cornée. Dans les cas d'ulcérations de la cornée sous son action, ces ulcérations ne font que croître et embellir. M. le

Dr Collache, dans sa thèse inaugurale (obs. II), cite un cas de ce genre et montre très bien l'action désastreuse de ces inoculations purulentes. M. le professeur Panas en vient à conclure qu'il ne faut en user que dans les cas désespérés.

Les lavages au jeguirity ont donné eux aussi quelques succès, et cependant c'est un mode de traitement à repousser pour plusieurs raisons. Il est d'abord très difficile de doser ce médicament dont on ne connaît même pas encore le mode d'action ni le principe actif. Pour Panas, de Wecker et Warlomont c'est un microbe, pour Sattler et Bruylants c'est la jeguirityne. Quoi qu'il en soit, malgré de Wecker, qui prétend que la cornée ne court aucun risque par ce mode de traitement, la liste des accidents auxquels il donne lieu prévient que l'on doit bien en surveiller l'administration.

Les observations I et III de la thèse de M. le Dr Collache montrent que dans ces deux cas le jeguirity n'a donné que des résultats absolument fâcheux. Chez les malades de ces observations l'inflammation est excessive, Dans la troisième le pannus présenté par le malade s'est épaissi et le malade se voit obligé de quitter la clinique de Wecker.

Nous en arrivons maintenant au traitement des granulations chroniques par les interventions chirurgicales les seules applicables dans ces cas à notre avis.

Il en est de même pour les traitements chirurgicaux que pour le traitement par les caustiques et les antiseptiques, et il ne faut pas, croyons-nous, appliquer indifféremment et sans raison tel ou tel de ces traitements dans tous les cas de conjonctivite granuleuse chronique.

Nous pensons que dans les cas de granulations exubérantes polypeuses et peu nombreuses l'excision de ces granulations sera le procédé de choix.

Quant à l'excision des culs-de-sac conjontivaux, traitement préconisé par Galezowski, il présente certes le grave inconvénient de

détruire complètement toute une partie de la conjonctive. Ce traitement est basé sur ce fait que le lieu d'élection des granulations est le cul-de-sac supérieur de la conjonctive, et que c'est là le foyer d'infection qu'il faut détruire. C'est vrai, mais la seule excision de ces culs-de-sac sera insuffisante quand les granulations seront répandues sur toute la conjonctive tarsienne, et c'est la grande généralité. Mais, répondront les partisans du procédé de Galezowski, nous cautérisons au thermo-cautère les granulations tarsiennes après avoir excisé les culs-de-sac. Ces cautérisations ne seront guère possibles que si les granulations tarsiennes sont peu nombreuses et saillantes.

Quand les granulations tarsiennes seront nombreuses, petites et diffuses, les cautérisations au thermo-cautère seront impossibles, et alors l'excision des culs-de-sac n'agira que sur une partie de la muqueuse; ce sera un traitement incomplet.

Le simple brossage de Manolescu à l'aide de la brosse à dents trempée dans la solution de sublimé à 1/500 est défectueux, car la brosse seule ne suffit pas pour porter la substance antiseptique au fond du tissu.

On a modifié ce traitement. La méthode par les scarifications et le brossage due à Sattler a été préconisée par Abadie et Darier. Ces derniers y ont ajouté le curettage, mais nous parlerons spécialement, et d'une façon plus étendue, de ce traitement.

Nous voulons, avant d'y arriver, dire un mot du traitement du Dr Lagrange par le hersage.

M. le Dr Lagrange prétend que les scarifications du Dr Darier ont l'inconvénient, étant faites parallèlement, de laisser entre elles des granulations intactes et, pour remédier à cet inconvénient, le Dr Lagrange a inventé une espèce de herse, simple curette de Wolkmann au dos de laquelle se trouvent de petites dents. Nous ne voyons pas la grande utilité de ce nouvel instrument, car on peut très bien faire les scarifications assez rapprochées pour ne pas laisser entre

elles de granulations intactes. En tout cas nous verrons plus loin, quand nous étudierons particulièrement le traitement du Dr Darier, que par un quadrillage de la conjonctive on peut remplacer les scarifications parallèles et éviter l'inconvénient que leur reproche M. le Dr agrégé Lagrange.

Maintenant que nous avons étudié les traitements connus jusqu'ici, tant médicaux que chirurgicaux, que nous avons montré les cas dans lesquels nous pensons devoir les appliquer, nous allons en faire de même pour le traitement par les scarifications, le curettage et le brossage.

CHAPITRE III

Traitement par les scarifications, curettage et brossage.

Le traitement des granulations par le brossage n'est pas nouveau loin s'en faut. Déjà, du temps des Grecs, Hippocrate brossait les granuleux à l'aide d'un fuseau de bois entouré de laine rude non cuite; il mettait ainsi le cartilage tarse à nu, puis cautérisait la conjonctivite ainsi ensanglantée avec le fer rouge. Paul d'Égine était partisan du raclage, qu'il pratiquait à l'aide d'un os de seiche. Rhazès, chez les arabes, se servit le premier d'une curette tranchante. Woolhouse fit revivre le traitement par le brossage qu'il pratiquait à l'aide d'une brosse faite de brins d'épis de seigle.

Comme on le voit, il ne faut donc pas que notre époque revendique le traitement par le curettage et le brossage comme étant une innovation.

Ces méthodes, après avoir été délaissées, n'ont fait que revenir sur l'eau, et cela depuis les récentes découvertes microbiologiques de notre siècle. En effet, une fois la spécificité des granulations bien définie, grâce aux recherches et aux travaux de Sattler, de Koch, de Poncet et tant d'autres, on était tout naturellement amené à rechercher le traitement qui put aller atteindre l'élément infectieux jusque dans ses retranchements les plus profonds.

Piltz, en 1854, excisait les granulations et en expulsait le contenu. Borelli recommande une espèce de brosse, et, tout récemment, Schrœder remet le brossage en vigueur.

Le procédé nouveau, si toutefois il est encore permis de lui donner ce titre après ce que nous venons de dire, le procédé des docteurs Abadie et Darier allie scarification, curettage et brossage.

Nous allons en énoncer le mode opératoire.

Après avoir minutieusement examiné les surfaces conjonctivales que l'on veut opérer, pour bien déterminer la topographie des granulations, on endort le patient avec du chloroforme. La cocaïne ne donnerait pas une insensibilité suffisante. On peut, toutefois, allier les deux, ce qui permettra de ne pas pousser la chloroformisation trop loin.

Une fois l'anesthésie obtenue, on retourne la paupière inférieure. Il est préférable de commencer ainsi par la paupière inférieure, généralement la moins atteinte, parce que le sang qui s'écoulera à la suite des scarifications laissera pour la paupière supérieure un champ opératoire plus net que si l'on débutait par celle ci. On scarifie ainsi la conjonctive. On passe ensuite à la paupière supérieure que l'on opère de la même façon. Mais là nous avons quelque difficulté à surmonter.

Il est, en effet, essentiel de luxer complètement le cartilage tarse pour pouvoir atteindre le cul-de-sac conjonctival supérieur. M. Darier se sert pour cela d'une pince spéciale; c'est une simple pince à forcipressure, mais présentant sur un de ses mors trois dents, et sur l'autre trois petits trous; de cette façon, il pince la paupière supérieure, la luxe et l'enroule autour de cette pince; il atteint très bien, de cette façon, le cul-de-sac supérieur.

Pour notre compte, nous ne voyons pas la grande utilité de cette pince à crampons, et nous pensons qu'une simple pince à forcipressure suffit complètement. Dernièrement, on s'est servi d'une nouvelle pince qui serait un peu dans le genre de la pince à kystes de Desmares. Grâce à cette pince, on peut retourner la paupière supérieure sans l'enrouler; elle reste à plat, ce qui rend les scarifications plus faciles.

Une fois le cartilage tarse bien luxé, quand on a bien sous les yeux toute la surface conjonctivale y compris le cul-de-sac, on fait les scarifications soit à l'aide du bistouri à trois lames, soit à l'aide du bistouri simple convexe. M. le Dr Darier recommande de bien faire ces scarifications parallèles. C'est à l'opérateur d'apprécier la profondeur qu'il doit donner à ses incisions, suivant l'infiltration granuleuse plus ou moins considérable.

Par ces scarifications, on met complètement à jour le contenu des granulations, et avec une curette, simplement même avec le dos du bistouri, on racle la surface conjonctivale, et on enlève la matière infectieuse qui ne ferait que salir et infecter la brosse.

Le point le plus important de l'opération est le brossage que l'on pratique à l'aide d'une simple brosse à dents. On trempe cette brosse dans une solution de sublimé à 1/500, et on brosse énergiquement la surface conjonctivale jusqu'à effilochement de la conjonctive. Pendant ce brossage, on a eu soin de préserver le globe oculaire à l'aide d'une spatule en corne.

Il faut bien prendre soin, pendant toute l'opération, de porter la brosse jusque sur le cul-de-sac supérieur de la conjonctive.

Tel est le mode opératoire suivi par M. le Dr Darier pour son brossage des granulations.

La canthoplastie nécessaire, d'après M. le Dr Lagrange, pour le retournement complet des paupières, ne l'est en réalité que dans les cas de rétrécissement par trop marqué de la fente palpébrale. On peut très bien, sur un œil normal, atteindre, sans le secours de la canthoplastie, le cul-de-sac supérieur.

M. le Dr Latrille a bien voulu, avec l'autorisation de notre maître M. le professeur Badal, opérer quelques granuleux. Voici l'observation d'un malade qu'il a opéré en suivant la méthode de M. le Dr Darier.

OBSERVATION I

Communiquée par M. le Dr Latrille et recueillie dans le service de M. le professeur Badal.

B..., Jean-Marie, 53 ans, est entré à la clinique le 2 mai 1892.

Homme chétif et de petite taille, amaigri par de longues souffrances et la misère. Il a contracté son affection en juillet 1890 dans sa famille. Sa femme et ses enfants ont eu des conjonctivites avant lui et ont guéri.

Travaillant dans une usine de cire à cacheter les bouteilles et de soufre, il présentait déjà un terrain tout prêt à l'évolution du microbe granuleux.

Il vint le 4 août à la clinique atteint à l'œil gauche qui est resté seul malade depuis le début.

Il avait une poussée très aiguë avec pannus cornéen et ulcération; douleurs ciliaires intenses qui furent combattues par une paracentèse et l'arrachement du nasal externe.

Il a subi : cautérisations au ¼ sulfate de cuivre, canthoplastie, péritomies, pointes de feu périorbitaires, grattages de granulations, le tout en vain.

Le seul traitement ayant donné un bon résultat est le massage quotidien avec la pulpe de l'index recouverte d'un linge imbibé de vaseline boriquée. Pratiqué en août 1892, tous les jours pendant un mois il a permis au malade de reprendre tant bien que mal son travail jusqu'à ce jour.

9 mai. — Ptosis de la paupière supérieure à cause des canthoplasties antérieures qui l'ont largement débridée. Pas de trichiasis. Sécrétion muco-purulente peu importante dans la fente pulpébrale. La paupière supérieure se luxe aisément. Conjonctive farcie de granulations volumineuses et de papilles vasculaires; cul-de-sac intact. Infiltration intense de la cornée avec de volumineux capillaires. L'iris n'est vu que par une légère bande restée transparente autour de la cornée.

Le 9 mai. — Brossage après cocaïnisation. On scarifie la conjonctive palpébrale avec un bistouri convexe. Brossage avec une brosse à dents trempée dans du sublimé à 1/500. Dès que la conjonctive devient filamenteuse nous cessons.

Pansement ouaté et monocle.

10 mai. — Œdème très intense de la paupière supérieure, sérosité s'écoulant par la fente. Lavage au sublimé et pulvérisations de vapeur boriquées soir et matin.

Les 11, 12, 13 et 14 il suppure, mais chaque fois la conjonctive nous apparaît plus lisse et plus blanche.

Cependant quelques scarifications ne se cicatrisent pas et donnent un peu de sang au contact du tampon d'ouate dont nous nous servons.

Ce qui nous intéresse le plus c'est le pannus. Chaque fois il diminue laissant la périphérie cornéenne un peu plus à découvert. Les capillaires se rétrécissent et disparaissent.

Aujourd'hui 20 mai on voit toute la chambre antérieure et presque en entier le contour de la pupille; le pannus est central avec un capillaire qui le traverse.

Il persiste encore quelques granulations qui nécessitent un second brossage.

24 mai. — Deuxième brossage. A la suite de ce brossage le pannus est redevenu plus épais comme on peut le constater le 30 mai. Quant aux granulations elles ont disparu.

9 juin. — Pannus toujours épais, un vaisseau particulièrement très injecté traverse la cornée en son centre. Plus de granulations. Vue meilleure.

15 juin. — Le pannus s'éclaircit, le capillaire central existe toujours.

25 juin. — Le pannus a presque complètement disparu, on voit encore un peu le capillaire central mais bien moins injecté. Plus de granulations. Plus de ptosis. Sort guéri.

Comme on le voit dans cette observation, M. le Dr Latrille a opéré son malade d'après les indications du docteur Darier. Le résultat en a été des plus heureux, puisque un mois et demi après l'opération le malade sortait guéri. Le 24 mai on a pratiqué un second brossage dont on aurait peut-être pu se dispenser en incisant simplement les quelques granulations qui avaient subsisté après le premier brossage. Il est important de remarquer que déjà, après la première intervention, on avait constaté une amélioration très sensible. Le pannus était considérablement diminué. La seconde intervention a eu pour résultat de détruire les dernières granulations, mais a un peu retardé la guérison du pannus.

On a prétendu que les scarifications ainsi faites pouvaient laisser entre elles des granulations intactes. Ce serait vrai si l'on n'avait

soin de faire ces scarifications très rapprochées les unes des autres.

Quoi qu'il en soit, à notre avis, il serait préférable de remplacer les scarifications du docteur Darier par un quadrillage assez serré de la conjonctive. M. le Dr Latrille a opéré un de ses malades de cette façon et n'a pas eu besoin, comme chez le malade de l'observation I, de refaire un deuxième brossage. Une seule intervention a suffi pour le débarrasser complètement de ses granulations.

Nous reproduisons son observation que M. le Dr Latrille a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION II

Communiquée par M. le Dr Latrille et recueillie dans le service de M. le professeur Badal.

B..., Joseph, 31 ans, jardinier à Bordeaux, est entré à la clinique ophtalmologique le 2 mai 1892 pour une conjonctivite granuleuse double et chronique avec pannus du tiers supérieur de la cornée droite.

Sans antécédents pathologiques, son affection oculaire remonte à 1884. Il était soldat et, se rendant en Tunisie, il dormit sur le pont du navire pendant la nuit; il contracta, en même temps que plusieurs de ses camarades, une conjonctivite.

Elle fut double, subaiguë et dura deux mois, sans être accompagnée d'une sécrétion notable.

Guéri, il fit toute la campagne sans incidents et ne vit reparaître son affection qu'en 1887.

Depuis cette époque, il est régulièrement repris deux fois par an, au printemps et à l'automne, et vient consulter le professeur Badal; quelquefois il entre dans la salle et subit une opération nécessitée par son état ou un traitement plus rigoureux

et plus régulier que celui des malades externes. Il a ainsi subi à diverses reprises : canthoplastie, péritomies, épilations, cautérisations journalières au sulfate de zinc, au sous-acétate de plomb. Ce dernier sel est celui qu'il préfère; de fait, son application est moins douloureuse et il part généralement très amélioré après trois semaines de traitement. On ne le voit plus qu'à la nouvelle poussée.

Voici la description de son état local au 2 mai 1892 :

O. D. — Paupière supérieure en demi-ptosis, rétrécissement de la fente palpébrale ou blépharophimosis, pas d'entropion, quelques cils sont incurvés en dedans. La paupière supérieure retournée en dehors avec une extrême difficulté nous laisse voir une conjonctive palpébrale supérieure transformée en tissu lardacé sur lequel proéminent quelques saillies d'un rouge sale de la grosseur d'un grain de mil. Le cul-de-sac supérieur, à peu près conservé, présente cependant plusieurs adhérences fortement tiraillées par la luxation de la paupière. Quelques-unes forment des plis tendant la conjonctive presque jusqu'au limbe cornéen. La cornée est opacifiée en forme de croissant dans son tiers supérieur et sillonnée de fins capillaires très apparents à la périphérie. La vision très diminuée > 1/10.

O. G. — Même état pour la conjonctive palpébrale supérieure ; pas de pannus.

Le 9 mai. — Nous brossons les granulations du côté droit après cocaïnisation. Un coup de ciseaux libère d'abord l'angle externe, le bord libre de la paupière est saisi entre les mors d'une pince à verrou et enroulé sur eux jusqu'à ce que le cul-de-sac apparaisse.

Avec un bistouri convexe nous quadrillons la conjonctive jusqu'au tarse lui-même, en raison de la dureté du tissu qui nous fait craindre que la brosse ne morde pas. Brossage jusqu'à effilochage de la conjonctive, une écaille garantissant la cornée.

Le 10. — Œdème palpébral considérable, de la sérosité s'écoule par la fente palpébrale. — Pulvérisations boriquées matin et soir. — Lavages au sublimé au 1/500 tous les jours.

Le 13 il n'y a plus de suppuration, la surface est lisse et usée, le pannus diminue et le malade voit mieux de son O. D. ; jamais aucun traitement n'a si promptement soulagé le malade.

Le 20. — L'amélioration nous est signalée à chaque pansement ; plus de sensation de corps étranger. Le malade réclame le brossage de son autre œil.

Le 30. — On constate une grande amélioration conjonctive lisse, plus de granulations. Le pannus a considérablement diminué.

3 juin. — Brossage léger de O. G.

9 juin. — Le malade se plaint d'un écoulement intense de O. D. Cet écoulement de nature purulente date du brossage de O. D. Le pannus est moins épais et ne

comprend que le tiers supérieur de la cornée. La sensation de gravier disparue après le brossage est revenue.

L'état de O. G. est parfait.

15 juin. — L'état de O. D. est bien meilleur; plus de granulations, le pannus a bien diminué. O. G. guéri.

26 juin. — Sort guéri pour O. G., presque complètement pour O. D. dans lequel il y a encore une petite opacification au bord supérieur de la cornée.

30 juin. — Notre ancien malade a repris son travail de jardinier.

Depuis cette date on ne l'a pas revu à la consultation.

Cette observation se passe de tout commentaire; le 9 mai, notre malade était opéré de son œil droit, et, le 26 juin, il sortait guéri des deux yeux, le gauche ayant été opéré le 3 juin.

Nous reproduisons à la suite quelques observations moins développées que les deux premières, mais qui n'en montrent pas moins les bons résultats obtenus à l'aide du brossage.

OBSERVATION III

Communiquée par M. le Dr Latrillle, recueillie dans le service de M. le Professeur Badal.

P. A..., 42 ans, terrassier, entré à l'hôpital le 20 mai 1892. Fait remonter le début de son affection à six mois. A son entrée : conjonctivite granuleuse double. O. D... : granulations diffuses et limitées à la paupière supérieure, la conjonctive de la paupière supérieure est hérissée de granulations; aspect lardacé; pannus léger du tiers supérieur de la cornée. Sensation vive de gravier. Photophobie.

O. G..., granulations diffuses, mais légères. Pannus très léger limité au limbe de la cornée.

24 mai. — Brossage de O. D. Suppuration considérable pendant plusieurs jours. La conjonctive redevient ensuite sèche, se cicatrise et redevient lisse.

18 juin. — État excellent. Encore une granulation insignifiante dans l'angle externe de O. D.

20 juin. — Brossage de O. G.

25 juin. — Amélioration très rapide de O. G.

30 juin. — Sort guéri des deux yeux.

OBSERVATION IV

(Dr Latrille.)

A. J. B..., 19 ans, sandalier, entré le 14 mai pour conjonctivite granuleuse, chronique et double.

Antécédents héréditaires vagues.

Antécédents collatéraux : sœur strumeuse, ayant eu des humeurs froides.

Antécédents personnels : Eczéma impétigineux du cuir chevelu. Tempérament lymphatique. A 10 ans, a eu une blépharite ulcéreuse. En 1888, conjonctivite granuleuse traitée au sublimé, débridement de l'angle externe. Guérison passagère. Nouvelle poussée en février 1892.

14 mai. — A l'entrée du malade : pannus tenuis des deux yeux; conjonctivite granuleuse avec vieilles cicatrices et granulations de nouvelle formation dans les deux culs-de-sac. Traitement au sulfate de cuivre pendant un mois et demi, trois fois par semaine. Blepharaphimosis nécessitant la canthoplastie.

24 mai. — Brossage de O. D.

30 mai. — Amélioration considérable, plus de sensation de gravier. — Persistance d'une grosse granulation près de l'angle externe de O. D., partout ailleurs conjonctive lisse. Le pannus devenu plus épais et plus étendu après l'opération n'est pas encore revenu à son état primitif.

3 juin. — Brossage de O. G., incision de quelques granulations éparses et très apparentes dans O. G. On incise aussi la grosse granulation située dans l'angle externe de O. D.

9 juin. — Pannus de O. D. beaucoup diminué. Encore quelque sensation de gravier dans les deux yeux. Le pannus de O. G. a disparu.

12 juin. — Pannus de O. D. a disparu. Plus de granulations.

14 juin. — Sort guéri.

OBSERVATION V

(Personnelle.)

Recueillie à l'hôpital civil d'Oran, service de M. le Dr Mondot.

C. M., âgée de 16 ans, a des granulations depuis cinq ans. Granulations diffuses; aspect lardacé des conjonctivites; pannus tenuis; photophobie. Antécédents scrofuleux.

12 septembre 1891. — Brossages. Mieux très sensible dès les premiers jours. Vue plus nette.

Vient à la visite du matin à l'hôpital d'Oran tous les deux jours, incision de quelques granulations saillantes et éparses. Lavages au sublimé. Guérie dans les premiers jours d'octobre, vient pour la dernière fois le 9 octobre.

OBSERVATION VI

(Personnelle.)

Hôpital civil d'Oran (service du docteur Mondot.)

L. R., âgée de 30 ans a des granulations dans O. G. depuis un an. A déjà fait un premier séjour à l'hôpital d'Oran où ellea subi le traitement par le sulfate de cuivre.

Deuxième entrée le 24 août 1891. Granulations diffuses dans O. G. Pas de pannus. Vue nulle.

9 septembre. — Brossage.

13 septembre. — Toute inflammation a disparu, mais encore de nombreuses granulations.

1er octobre. — On pratique un deuxième brossage.

8 octobre. — Encore quelques granulations surtout à la paupière supérieure. Cornée ulcérée, la vue encore un peu troublée.

20 octobre. — Sort guérie.

Malheureusement tous ces malades nous ne les avons plus revus après leur sortie de l'hôpital et il serait bon, certes, pour affirmer la guérison radicale et définitive des granulations, de les revoir pendant un temps assez long. Depuis leur sortie de l'hôpital les malades ont-ils eu des récidives, n'en ont-ils pas eu, nous ne le savons pas. Il est évident que le résultat pour le moment a été excellent, mais c'est là tout ce que nous pouvons affirmer.

Voici une observation prise à l'hôpital d'Oran. La malade porteuse de granulations depuis son bas âge est sortie guérie de l'hôpital, nous l'avons revue un an après et elle nous a avoué n'avoir pas eu de récidives.

OBSERVATION VII

(Personnelle.)

C. H..., 17 ans. — A des granulations depuis son bas âge. A entendu dire autour d'elle qu'elle les avait contractées par le sein de sa mère qui allaitait un autre enfant porteur de granulations.

Le traitement au nitrate, essayé à plusieurs reprises, n'a produit aucun effet.

Entrée à l'hôpital d'Oran le 29 août 1891 : Conjonctivite granuleuse intense, vision nette, un peu de suppuration; conjonctives absolument farcies de granulations.

30 août. — Traitement au nitrate.

1er septembre. — Brossage.

2 septembre. — Suppuration très intense, état fébrile assez marqué, vue un peu trouble.

3 septembre. — La douleur a disparu; encore un peu de suppuration, la vue revient, pas de fièvre.

10 septembre. — Vue bonne. Sa conjonctive présente encore quelques granulations.

13 septembre. — Sort de l'hôpital presque guérie, mais elle continue à venir tous les deux jours se présenter à la visite du matin. Chaque fois on lui lave les conjonctives au sublimé au 1/500, et on lui fait des pulvérisations boriquées. L'amélioration s'accentue de plus en plus.

Le 27 octobre, il y a 5 jours que la malade n'est plus revenue à la visite. La dernière fois, il n'y avait plus trace de granulations, les conjonctives étaient lisses.

Nous avons vu cette malade vers le milieu d'avril 1892; depuis son traitement à l'hôpital, elle n'avait plus eu de poussée granuleuse; de même en août 1892.

Voilà certainement une observation très concluante d'une conjonctivite granuleuse chronique radicalement guérie par le brossage.

Faut-il cependant, se basant sur cette observation, aller donner comme radical le traitement du docteur Darier? Non certes, à notre avis. Il ne faut pas faire avec le brossage comme on fit il y a quelques années avec le jeguirity, les inoculations de pus blennorhagique, le sous-acétate de plomb.

On a eu toujours ce grand tort, une fois l'efficacité d'un traitement reconnue dans certains cas, de vouloir par trop le généraliser. Comme nous l'avons déjà dit précédemment, il n'y a pas un seul traitement des granulations, mais des traitements des granulations; telle est l'opinion du professeur Panas, nous nous y rangeons complètement.

Dans la première partie de notre travail, nous avons nettement limité les cas où tel ou tel traitement devait être appliqué; or, le traitement chirurgical par le brossage ne fait pas exception à la règle. Comme tous les autres traitements chirurgicaux : scarification, excision, hersage, il ne faudra l'appliquer que dans les cas chroniques.

Principalement on devra traiter les granuleux par le brossage lorsque l'on constatera une grande abondance de granulations anciennes avec une infiltration granuleuse considérable de la conjonctive.

Ce seront là les cas d'élection du traitement par le brossage.

Dans les cas aigus on n'aura la plupart du temps que des insuccès

comme dans notre observation VIII. M. le Dr Darier prétend amener tout au moins une certaine amélioration dans les cas aigus. Cette amélioration nous sommes loin de la constater dans notre observation VIII.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Badal.

D..., M..., âgée de 16 ans;

Entre à l'hôpital Saint-André le 3 juin 1892. — A des granulations depuis l'âge de 4 ans. — Poussées presque tous les ans et surtout en hiver. — Pas d'antécédents à noter. — Aucun traitement n'a encore été suivi.

Présente une conjonctivite granuleuse double aiguë sans pannus. — Kératite ulcéreuse dans O. G; ptosis, photophobie, douleurs ciliaires, et infiltration de la cornée dans O. D.

13 juin. — Brossage.

14 juin. — Un peu de mieux. Le sublimé a provoqué chez cette malade des ulcérations des paupières.

1er juillet. — L'amélioration n'a pas progressé. — On a mis un collyre à l'atropine et l'action de ce collyre semble avoir été plutôt nuisible. — On constate encore de très nombreuses granulations qui font que le 4 juillet on pratique un nouveau brossage.

Ce second brossage reste sans aucune action. — Il semble plutôt avoir été défavorable.

On abandonne définitivement ce traitement pour en revenir aux cautérisations par le sulfate de cuivre.

Comme on le voit, l'insuccès a été complet, il a fallu abandonner le traitement chirurgical pour en revenir aux cautérisations, le seul

traitement réellement efficace dans les ophtalmies granuleuses aiguës sans infiltration granuleuse de la conjonctive.

Il est évident qu'il y a des exceptions; partout la preuve en est dans l'observation suivante :

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Hôpital civil d'Oran.

J. J..., âgée de 21 ans, se présente à l'hôpital avec une poussée absolument aiguë de conjonctivite granuleuse. Cette poussée remonte à huit jours.

Entre à l'hôpital d'Oran le 30 août. On applique le traitement au nitrate, mais avec peu de succès.

1er septembre 1891. — Brossage.

3 septembre. — La suppuration diminue; la vue très trouble à l'entrée à l'hôpital s'éclaircit peu à peu.

5 septembre. — La plus grande partie des granulations a disparu.

8 septembre — Sort absolument guérie avec une vue normale.

Voilà un cas de conjonctivite granuleuse aiguë guérie par le brossage et cela dans l'espace de 8 jours seulement. C'est là un excellent résultat, mais c'est aussi une exception.

En somme, voilà un nouveau traitement chirurgical qui, comme tous les autres traitements chirurgicaux, ne doit être appliqué, pour donner de bons résultats, que dans les cas chroniques. Dans ces cas chroniques faut-il encore faire des différences.

Sera-t-il bon dans les cas de conjonctivite granuleuse chronique avec granulations peu nombreuses, mais très saillantes, exubérantes? Oui, certes, il pourra donner de bons résultats, mais ce ne sera pas encore le traitement que nous choisirons de préférence.

Pour des granulations exubérantes et polypeuses nous lui préférerons la simple incision des granulations. Cette incision sera facile en admettant que les granulations soient peu nombreuses et très saillantes.

Dans le cas où ces granulations seront simplement cantonnées dans les culs-de-sac, nous lui préférerons l'excision de ces culs-de-sac préconisée par Galezowski.

Mais là où nous en reviendrons toujours au brossage d'Abadie, ce sera dans les cas de granulations chroniques nombreuses avec infiltrations granuleuses. Nous ne saurions trop le répéter, nous ne faisons pas du brossage le traitement unique et par excellence de toutes les granulations.

Quelquefois même nous serons d'avis d'aider le brossage par un peu de massage, comme l'a fait quelquefois M. le Dr Latrille, entre autres, chez la malade dont nous reproduisons maintenant l'observation.

OBSERVATION X

(Dr Latrille). Opérée aux ambulances urbaines de Bacalan.

X.. , âgé de 5 ans..., a été traitée pendant deux ou trois ans pour conjonctivite granuleuse de O. G. Les traitements appliqués jusqu'à ce jour n'ont donné qu'une amélioration passagère. Dans les premiers jours de mai se présente à la consultation des ambulances urbaines à Bacalan.

On constate un vieux trachome de la paupière supérieure gauche avec quelques granulations faisant saillie dans le cul-de-sac. La cornée absolument opaque dans sa totalité présente un début de staphylome. Cercle perikératique complet, très intense. Tonicité de l'œil normale. Vision nulle. Après trois ou quatre séances de cautérisations au sulfate de cuivre, l'amélioration obtenue étant insignifiante, on pratique le brossage dans la première quinzaine de juin.

Œdème, sécrétion abondante. Lavages au sublimée à 1/500. Vaporisations boriquées.

Très rapidement la cornée s'éclaircit. Aujourd'hui :

2 juillet. — Le cercle périkératique a complètement disparu. La cornée est transparente dans ses deux tiers supérieurs; dans le tiers inférieur, il reste une opacification grisâtre qui tend à disparaître. Une fois la période aiguë passée, on a fait tous les jours du massage avec la pommade au précipité jaune. La petite malade compte à présent les doigts à 3 mètres de distance.

Le 15 juillet la conjonctive est absolument lisse; plus de granulations, la vue est revenue normale.

A dater de ce jour on ne revoit plus la malade à la consultation hebdomadaire des ambulances. On la considère à juste titre comme guérie.

Plusieurs semaines après, on voit revenir la petite malade qui se plaint encore; on pratique le massage qui améliore son état d'une façon très notable.

CONSIDÉRATIONS

Le brossage, malgré les bons résultats qu'il donne, a bien quelques inconvénients, mais ces inconvénients sont minimes.

D'abord c'est une opération, et quand on annonce au malade qu'il va falloir l'endormir cela l'effraye; il a connu d'autres granuleux guéris par « la pierre bleue », il ne raisonne pas, il hésite longtemps, quelquefois il repousse complètement toute opération.

M. le Dr Lagrange a reproché au brossage de laisser des granulations intactes; nous avons répondu précédemment à cette accusation, et ce ne sera pas en tout cas le hersage qui remédiera à ce prétendu inconvénient.

Notre confrère et ami, le docteur Nogué, prétend que la brosse à dents seule ne peut atteindre les culs-de-sac. Cela est vrai quand la fente palpébrale n'est pas assez ouverte; dans ces cas, mais dans ces cas seuls, on devra avoir recours à la canthoplastie.

On a prétendu également que le brossage était fréquemment suivi de symblepharon. Pour notre part, nous ne l'avons jamais constaté. Les auteurs qui ont avancé ce fait, s'ils l'ont constaté, auront probablement oublié de faire à leurs malades des lavages quotidiens au sublimé à 1/500 et des pulvérisations boriquées comme le recommande le docteur Darier. Grâce à ces soins on évitera complètement cette complication. Ce serait, à notre point de vue, le seul inconvénient sérieux du brossage, et, comme on le voit, on peut facilement l'éviter.

De plus on est obligé de reconnaître avec nous que tout d'abord ce traitement est absolument dans le plus parfait accord avec les nouvelles découvertes microbiennes : c'est le seul qui porte ainsi l'antiseptique au foyer même de l'infection dans les couches profondes de la conjonctive où va se réfugier le trachomcoccus.

Il agit sur toute la surface conjonctivale.

Son action est des plus heureuses sur le pannus.

Enfin il faut avouer que ce traitement amène réellement une amélioration très rapide. Jamais encore aucun traitement n'a agi aussi vite.

Nous ne pouvons affirmer que ce soit un traitement radical, ce serait aller trop loin, mais nous avons toujours une observation (obs. VII) dans laquelle nous n'avons pas constaté de récidive.

CONCLUSIONS

Nos conclusions découlent tout naturellement de notre travail. A chaque instant, et nous n'avons pas craint d'être accusé de répétitions, nous avons tâché de faire ressortir que l'on ne devait pas se contenter d'un seul traitement de la conjonctivite granuleuse, que tous étaient bons quand on savait les appliquer à propos.

Nous avons voulu, dans ce modeste travail, assigner une place à chacun de ces traitements, autant, toutefois, que cela se peut en médecine.

Voilà donc quelles seront nos conclusions :

Dans les cas aigus et suraigus avec purulence de la conjonctive, nous préférons à tout autre traitement celui par le sulfate de cuivre ou le massage à l'acide borique.

Dans les cas chroniques, nous avons recours aux moyens chirurgicaux et nous choisirons de préférence :

Lorsque les granulations seront exubérantes, polypeuses : l'excision de ces granulations.

Lorsque les granulations peu nombreuses sur la conjonctive tarsienne seront groupées en masse dans les culs-de-sac : l'excision de ces culs-de-sac et la cautérisation des granulations tarsiennes au galvano-cautère.

Lorsque les granulations chroniques seront diffuses et très nombreuses, notre procédé de choix sera le traitement par les scarifications, curettage et brossage.

De plus, nous ne disons pas pour cela que ces traitements, pas plus l'un que l'autre, amènent à une guérison radicale et définitive ; non certes, mais nous prétendons qu'ainsi appliqués, ils ne pourront donner que d'heureux résultats, et nous en retirerons tout au moins une grande amélioration dans l'état de nos malades.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
V. JOLYET.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président,
BADAL.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 novembre 1892.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABADIE. — Traité des maladies des yeux.

Archives d'ophtalmologie. — Janvier, février 1889.

CAMBOULIU. — Thèses. Paris, 1883.

COLLACHE. — Thèses. Paris, 1883.

DESORMES. — Thèses. Paris, 1885-86.

FOURREY. — Thèses. Paris, 1892.

GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux.

Iwanoff. — Annales d'oculistique (tome LXXXI).

LÉVÊQUE-LACROIX. — Thèses. Paris, 1889-90.

METS (DE). — *Ann. soc. méd. d'Anvers.* Août 90.

PANSIER. — *Montpellier médical.* 1er mars 1891.

Progrès médical du 14 mai 1892.

Revue de l'Est. — 1er mai 89.

Revue générale d'ophtalmologie. 30 juin 89.

ROCHER. — Thèses. Paris, 1890.

SATTLER. — Bericht uber die Versammlung der optit. Gesselscheft, 1881.

TRUC. — *Montpellier médical.* Avril 91.

Union médicale. 13 août 89.

Wecker-Landolt. — Traité d'ophtalmologie.

81444. — Bordeaux. — Imprimerie centrale A. DE Lanefranque rue Permentade 23-25